REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.030.268.442

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366573

60366573

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CABRERA	BONILLA

Nombre(s)

EMILY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 17	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	168199948

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BONILLA MORENO EMILSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 55.212.365	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CABRERA JARA ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.263.167	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CABRERA JARA ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.263.167	Alexander Cabrera Jara

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes SEP Día 24	MANUEL JESUS LATORRE ADARME- REGI Nombre y firma

OFIXPRES

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
55212365
NUMERO

BONILLA MORENO
APELLIDOS

EMILSE
NOMBRES

Emilse Bonilla Moreno
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1979
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

16-FEB-2000 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1904700-50082741-F-0055212365-20000908 04398 00242A 02 085002422

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.263.167

CABRERA JARA

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES

Alexander cabrera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1978

PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

02-ENE-1997 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00131739-M-0012263167-20081127 0006981058A 1 1240031488

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/05/2025

Ficha: 41378005503200000181

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILY

Apellidos: CABRERA BONILLA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268442

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/06/2023

Última actualización ciudadano: 06/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHulla
Transmisora Boyacá Energía
Nit 891 180 031-1

SU CODIGO CUENTA NIU
289993800

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohulla.com.co FT -CFE -05 -881

AUTORETENEDORES DE VENTA, RESOL. No 5477/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. 000055 DEL 14/02/16 DIAN BOMOO GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/04/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 80.370

FACTURA DE VENTA No. 83892856

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS - 10/SEP/2024 09/NOV/2024
FECHA SUSPENSIÓN 02/DIC/2024

FECHA DE VENCIMIENTO 29/NOV/2024

INFORMACION CLIENTE

Cliente	GARCIA ARIAS JOSE ILBANOVER	Nit CC	12269293
Dirección	VDA BETANIA	Ruta	6920530350
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

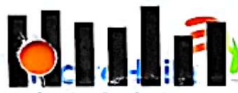
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500164
Carga Contratada	144	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
3157354	KRI	A	S	60	18046	17860	1	186

Promedio Cuenta 173 Consumo Año Anterior 174 Consumo Anterior 174

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
OCT	186
AGO	195
JUN	174
ABR	166
FEB	202
DIC	151
OCT	174

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: IC:
EC: VC: VCD:
NCF: CEC:
Valor Consensar

ULTIMO PAG

Fecha 01/10/2024
Valor $ 226940

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
93.8	1008.8882 =	95679
93.8	992.8057 =	92331

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	188.010
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 111.466
Valor Total Energía Facturado	$	76.544

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 186.010
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 3.827
AJUSTE DECENA	$ - 1
SUBSIDIO	$ - 111.466

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	3.827
VALOR ELECTROHULLA	$	76.543

TOTAL A PAGAR
$ 80.370

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO C PEND TOTAL CONV SALDO

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 417.0 Tm: 48.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 266.0 Rm: 12.0 Cv,m: 15
2.0 CUv,n,m: 992.8057 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

Código de Cuenta : 289993800

ElectroHulla
Transmisora Boyacá Energía
Nit 891 180 031-1

Factura de Servicios Públicos No: 83892856
Periodo OCT 2024 Fecha de Vencimiento: 29/NOV/2024
Suspensión a partir de: 2/DIC/2024

Valor Total a Pagar $ 80.370

(415)7707274435679(8020)823999380(3900)00000000370(96)20241129

Señor usuario favor doblar libre de sellos tanto el frente como el respaldo de esta factura

SAM Version 1.2.1 24081217 Lector 7463

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268442
NOMBRES	EMILY
APELLIDOS	CABRERA BONILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/05/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/19/2025 12:13:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Powered by CamScanner

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



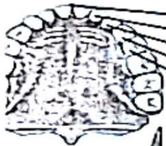
CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: EMILY CABRERA BONILLA
Fecha de nacimiento: 17-04-2021
Registro Civil: 1050265442
Teléfono: 3152945667
Dirección: La Argentina Huila
Barrio o Vereda: Vda betania
Nombre Responsable del Niño: ENIISE BONILLA MOREN
EPS afiliación: Comfamiliar
Sitio de atención: ESE JRNP

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")

SUPERIORES



DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

INFERIORES



DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

...meros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda ... los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma ... de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando ... cuando pueda hacerlo bien.

... deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar ... la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de ... adilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o ... elos entre comidas.

...mera visita al odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

...al niño todos los días, lave las manos y los dientes, córtele las uñas ... le zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

...le aceite para pórgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.
...le aceite para pórgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos

...e afecto al niño, alcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño ... y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las ...ades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus ... de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva ...ente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a ...cer.

...uele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice ... que no puede hacer por su edad. Sea Siempre sincero con él.

...Á SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS ...ALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

...jo no puede beber ni tomar el pecho.
...ita todo lo que come.
...enido convulsiones o ataques.
... letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
...hile el pecho o respira con dificultad.
...pira más de 60 veces por minuto.
...enta deposiciones diarreicas o líquidas.
...enta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
...senta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Día	2da DOSIS Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Día	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 12 meses de edad Fecha Día	A los 12 meses de edad Fecha Vacuna
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenza - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)		[illegible]	[illegible]		[illegible]			
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Al año 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						
Adicionales							

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Si el niño NO ESTÁ DESHIDRATADO déle con cuchara y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, a la Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

	EDAD		EDAD
AL NACER		A LOS 21 MESES	
A LOS 3 MESES		A LOS 24 MESES	
A LOS 6 MESES		A LOS 30 MESES	
A LOS 9 MESES		A LOS 36 MESES	
A LOS 12 MESES		A LOS 48 MESES	
A LOS 18 MESES		A LOS 60 MESES	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Octubre	21	8:AM	Paula T.	
2021	Noviembre	20	8am		
2022	Febrero	18	8:00	[illegible]	
2022	Mayo	21	8:00	[illegible]	
2022	Agosto	13	8:00	[illegible]	
2022	Diciembre	17	7:00		
2023	marzo	12	8:00	Lihang	
2023	Julio	08	9:00		
2023	Julio	24	8:00	[illegible]	
2023	Diciembre	01	8:00	[illegible]	
2024	Mayo	25	8:00	[illegible]	
2025	Febrero	22	8:00	[illegible]	
2025	Septiembre	21	8:00	X	
2026	Septiembre	14	7:00		

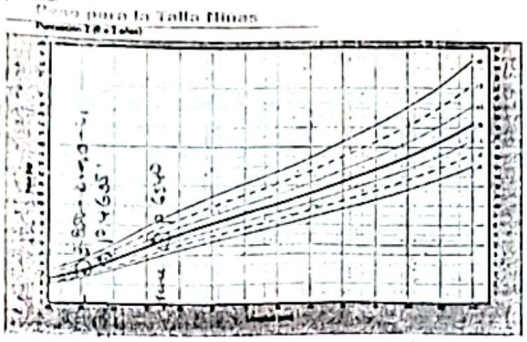
Nuestro Compromiso / la Humanización del Servicio!

[illegible] AF
2005 [illegible]

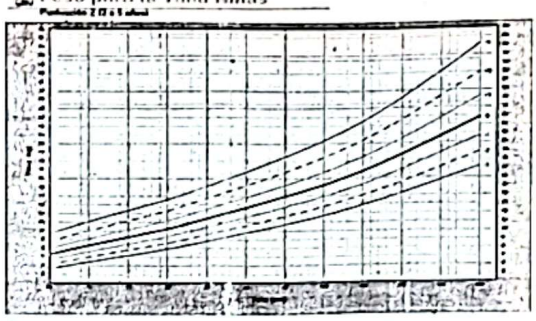
Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

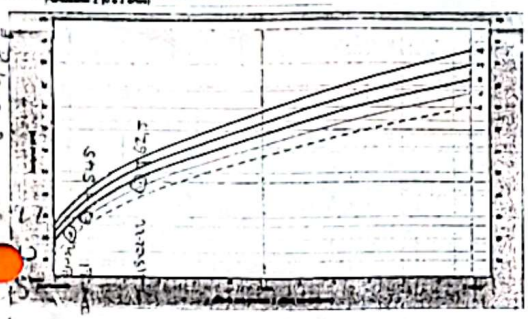
Peso para la Talla Niñas



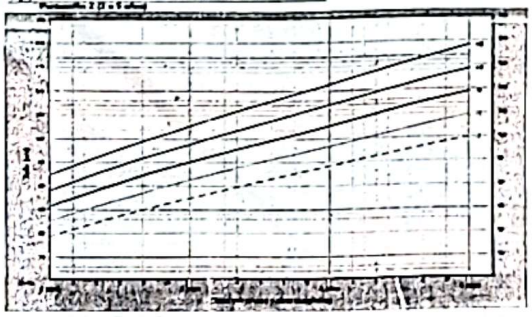
Peso para la Talla Niñas



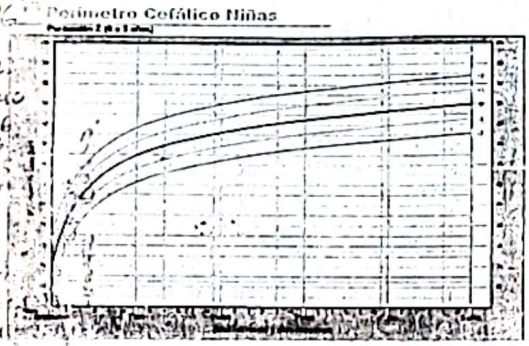
Talla para la Edad Niñas



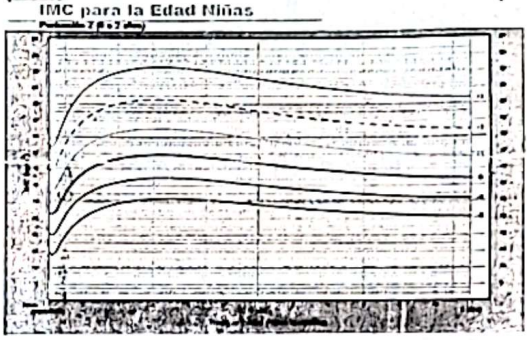
Talla para la Edad Niñas



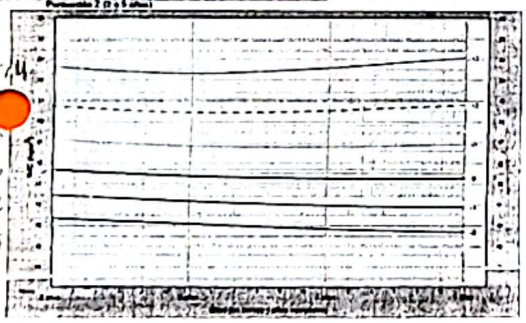
Perímetro Cefálico Niñas



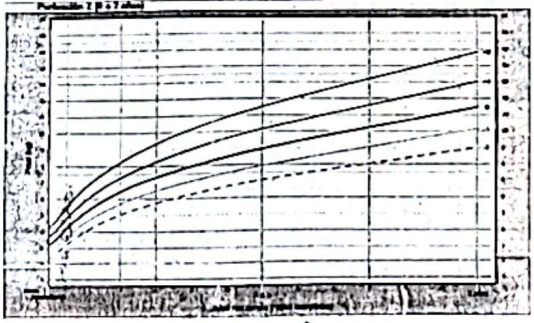
IMC para la Edad Niñas



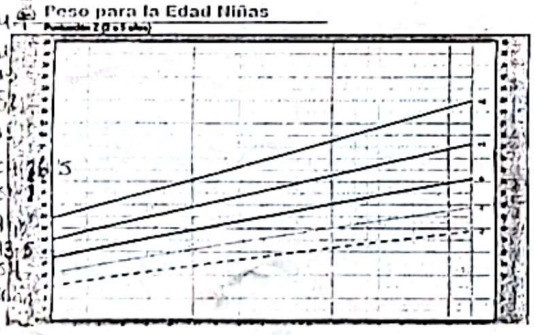
IMC para la Edad Niñas



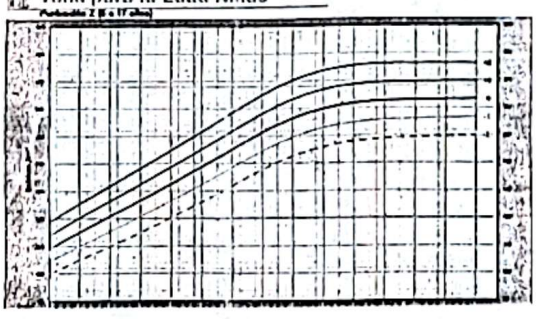
Peso para la Edad Niñas



Peso para la Edad Niñas



Talla para la Edad Niñas



Powered by CamScanner

Cita:

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

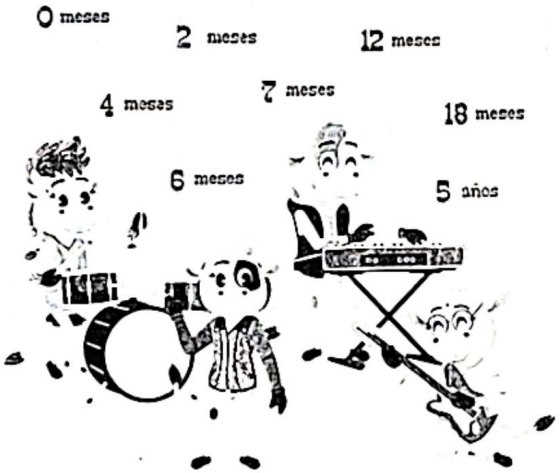
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Emily CABRERA BONILLA
Fecha de nacimiento: 17-09-21
Nº de certificado de nacido vivo: 166199949
Registro civil: 10850268442
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3065 Grs. Talla: 38.5 cm
Dirección: Vda Betania "Los cafetos"
Teléfono 1: 3114978358 Comfam
Teléfono 2: 3158945667
Responsable: Emilce Bonilla Moreno
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila CC 55212365

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Emily Cabrera Bonilla. Tipo Identificación: RC. No. ID: 1680268442

Edad		Tabla protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Lote	Número del frasco	Jeringa	Diluyente	Fecha de vencimiento Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐														
	Tuberculosis meníngea (BCG)		Única	17	09	21	Serum	03720	MA0124	2	HOSP				[illegible]
	Hepatitis B		Recién nacido	17	09	21	Serum	03720	MA0124	2	HOSP	17	11	21	[illegible]
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐														
	Poliomielitis (VIP)		1°	17	11	21	Bilthoven Biolo	21	05	0	1	A		ESE Juan R	18	01	22	Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)		1°	17	11	21	Serum	21	05	0	3	A		ESE Juan R	18	01	22	Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE Hepatitis B		1°	17	11	21	Serum	21	05	0	3	A		ESE Juan R	18	01	22	Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)		1°	17	11	21	Serum	21	05	0	3	A		ESE Juan R	18	01	22	Leidy Rebaje
	Diarrea por rotavirus		1°	17	11	21	GlaxoSmith	AR	05	3	3	A		ESE Juan R	18	01	22	Leidy Rebaje
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1°	17	11	21	GlaxoSmith	AS	PN	3	5	B	A	ESE Juan R	18	01	22	Leidy Rebaje
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐														
	Poliomielitis (VIP)		2°	18	01	22	Bilthoven Biolo	21	10	0	6			ESE Juan R	18	03	22	Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)		2°	18	01	22	Serum	21	05	0	3	B		ESE Juan R	18	03	22	Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE Hepatitis B		2°	18	01	22	Serum	21	05	0	3	B		ESE Juan R	18	03	22	Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)		2°	18	01	22	Serum	21	05	0	3	B		ESE Juan R	18	03	22	Leidy Rebaje
	Diarrea por rotavirus		2°	18	01	22	GlaxoSmith	AR	05	3	3	A		ESE Juan R	—	—	—	Leidy Rebaje
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2°	18	01	22	GlaxoSmith	AS	PN	3	5	B	A	ESE Juan R	17	09	22	Leidy Rebaje
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐														
	Poliomielitis (VIP)		3°	19	03	22	Bilthoven Biological	21	10	0	6	A		ESE JRNP				Hilenci Bravo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)		3°	19	03	22	Serum	21	05	0	3	B	A	ESE JRNP				Hilenci Bravo
	PENTAVALENTE Hepatitis B		3°	19	03	22	Serum	21	05	0	3	B	A	ESE JRNP				Hilenci Bravo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)		3°	19	03	22	Serum	21	05	0	3	B	A	ESE JRNP				Hilenci Bravo
	Influenza estacional		1°	19	05	22	Green Cross	V5	02	2	2	0	6	ESE JRNP	22	06	22	Leidy Rebaje
7 meses	Influenza estacional		2°	23	06	22	Green Cross	V5	02	2	2	0	6	ESE JRNP	—	—	—	Leidy Rebaje
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)		1°	13	10	22	Serum	01	30	1	3	2	B	E. S. E.	17	09	26	Jaidy Rebaje
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	13	10	22	GlaxoSmith	AJ	PN	B	3	4	2	A	A	—	—	—	Jaidy Rebaje
	Varicela		2°	13	10	22	Merck Sharp	W0	22	0	5	4	—	—	—	Jean Ramon	17	09	26	Jaidy Rebaje
	Hepatitis A		Única	13	10	22	Merck Sharp	U0	33	2	6	6	—	—	—	—	—	—	—	Jaidy Rebaje
	Influenza estacional		Anual	17	05	23	Biopharma	V0	05	2	3	0	0	4	—	—	—	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebaje
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.° refuerzo	24	03	23	Bilthoven Biological	22	06	0	1	2	A	—	—	ESE Juan Ramon	17	09	26	Milenci Bravo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.° refuerzo	24	03	23	Serum	21	05	1	1	0	4	0	C	—	ESE Juan Ramon	—	—	—	Milenci Bravo
	Fiebre amarilla		Única	24	03	23	Sanofi Pasteur	V3	N2	1	1	V	—	—	—	ESE Juan Ramon	—	—	—	Milenci Bravo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.° refuerzo																		
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.° refuerzo																		
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2°	24	03	23	Serum	01	31	N	L	0	7	B	—	ESE Juan Ramon	—	—	—	Milenci Bravo
	Varicela		Refuerzo																		
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1°																		
			2°																		
			3°																		
Vacunas complementarias y otras dosis	Serum Biologicals		Unica	12	11	22	Serum	01	22	1	1	L	—	—	—	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebaje

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Cita: 17 Septiembre 2023

Powered by CamScanner

CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
Lida Teresa Rincón Silva

Fecha: 02 - Septiembre - 2025.

Nombre: Emily Cabrera Bonilla

R./ Paciente femenina de 3 años de edad, qué acude con su madre, Se realiza profilaxis y Se le explican técnicas de Cepillado.
Control en 6 meses.

Maira Janith Gonzáles R.
Higienista Oral
Registro 1746

Maira Gonzalez
Rec. 1746.

Neiva
Calle 18A # 7 - 56
(608) 857 8547
Cel: 320 837 3061

La Plata
Calle 4 # 3 - 59
320 845 8637

La Argentina
Calle 5 # 4 - 56
312 594 8975

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS La Inmaculada, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundacion Grupo Libertad. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

> *"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".*

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Emily Cabrera Bonilla con RC No 1080268442 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

    1. Certificado de afiliación a salud.
    2. Fotocopia del registro civil del niño.
    3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
    4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
    5. Certificación de SISBÉN.

    NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

EMILSE BONILLA MORENO
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz Tapiero
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

de cero a Siempre

Ciudad: Lo Argentina

Nombre completo de la niña o niño: Emily Cabrera Bonilla

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes Sep Año 21 | N° Documento de Identidad: 1.080.268.442

Sexo: Masculino ○ Femenino ● | Fecha de 1er día de atención en el año: Día 03 Mes 02 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Lina Vanessa Muñoz Tapiero

Fecha de registro cualitativo: Día 28 Mes 04 Año 2025

Rango de edad:
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa: [amarillo]

Perfil de desarrollo: Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador: Lina Vanessa Muñoz

Fecha de registro cualitativo: Día 26 Mes 07 Año 2025

Rango de edad:
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa: [azul]

Perfil de desarrollo: Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Lina Vanessa Muñoz

Fecha de resgistro cualitativo: Día 29 Mes 10 Año 2025

Rango de edad:
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa: [rojo]

Perfil de desarrollo: Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Valoración Cualitativa ⇨

	Relación con los demás												Relación consigo misma/o												Relación con el mundo											
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒	㉒	㉒	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗	㉘ ㉙ ㉚ ㉛	㉘ ㉙ ㉚ ㉛	㉘ ㉙ ㉚ ㉛	㉜	㉜	㉜
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱ ⑲	⑰ ⑱ ⑲	⑰ ⑱ ⑲	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	㉔	㉔	㉔	㉕ ㉖ ㉗ ㉘	㉕ ㉖ ㉗ ㉘	㉕ ㉖ ㉗ ㉘	㉙ ㉚	㉙ ㉚	㉙ ㉚
2 años y 1 día a 3 años	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑨	⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓	㉓	㉓	㉔ ㉕ ㉖	㉔ ㉕ ㉖	㉔ ㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑫	⑫	⑫	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉚	㉚	㉚	㉛ ㉜ ㉝ ㉞	㉛ ㉜ ㉝ ㉞	㉛ ㉜ ㉝ ㉞	㉟ ㊱	㉟ ㊱	㉟ ㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	① ②	① ②	① ②	③	③	③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧	⑧	⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑱	⑱	⑱	⑲ ⑳	⑲ ⑳	⑲ ⑳

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

LA Argentina (H), 03-Febrero-2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, EMILSE BONILLA MORENO. como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 55.212.365. y ALEXANDER CABRERA J. como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 12.263.167. ; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Orfa Jara Hernandez c.c. 26.526.920.
_____ C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) EMILY Cabrera Bonilla de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

EMILSE BONILLA MORENO

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Hulla

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad EMILY Cabrera Bonilla, identificado (a) con documento de identidad número 1080268442. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, EMILSE BONILLA MORENO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55.212.365, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _MODALIDAD FAMILIAR_.

Suscriben:

Firma: EMILSE BONILLA MORENO
Nombre: EMILSE BONILLA MORENO
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3114978358
Fecha: 03 - Febrero - 2025
Municipio: LA Argentina (H)

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner